

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者番号													
	(フリガナ)													
	氏名							生年月日	大正 昭和	年			月	日
	住所													
振 込 先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 その他 ( )						本店 ・ 支店 出張所 ・ 本店営業部 本所 ・ 支所 その他 ( ) ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入						
								金融機関・支店コード ※記入不要						
	預金別	普通 ・ 当座 その他 ( )			口座番号									
	口座名義人 (カタカナ)													
			※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。											
		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 」にチェック(✓)してください。												
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。  年 月 日  申請者 住所 _____  氏名 _____  電話番号 _____														

【受取代理人の欄】 (被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

被 保 険 者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日												
	住所												
代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名												
	〒							被保険者との関係					
	(フリガナ)												
	氏名												

保 険 者 記 入 欄	支給決定額												
	円												